

Année 1924

THÈSE

165

N°

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention Médecine)

PAR

Marie ~~CAPLAN~~

Née le 27 Avril 1898, à ~~Constantinople (Turquie)~~

Batoum (Russie)

LA BIOPSIE

DANS LE

CANCER DE L'UTÉRUS

Président de Thèse : M. le Professeur J.-L. FAURE

PARIS

LIBRAIRIE MARCEL VIGNÉ

13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 13

1924



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41551626_0051

Année 1924

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention Médecine)

PAR

Marie ~~CAPLAN~~

Née le 27 Avril 1896, à ~~Constantinople (Turquie)~~ *Batoum (Russie)*

LA BIOPSIE

DANS LE

CANCER DE L'UTÉRUS

Président de Thèse : M. le Professeur J.-L. FAURE

PARIS

LIBRAIRIE MARCEL VIGNÉ

13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 13

1924

Le Doyen..... M. ROGER

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	André BROCA.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	BEZANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	LETULLE.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	RICHAUD.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	GILBERT.
	CHAUFFARD.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	BROCA Auguste.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	ALGLAVE.
Pathologie médicale	AUBERTIN.
Pathologie chirurgicale	BASSET.
Pathologie médicale	BAUDOUIN.
Physiologie	BINET.
Chimie biologique	BLANCHETIÈRE.
Histologie	BRANCA.
Pathologie médicale	BRULÉ.
Pharmacologie et matière médicale	BUSQUET.
Pathologie chirurgicale	CADENAT.
Histologie	CHAMPY.
Pathologie médicale	CHIRAY.
Pathologie médicale	CLERC.
Hygiène	DEBRÉ.
Anatomie pathologique	I. de JONG.
Médecine légale	DUVOIR.
Obstétrique	ÉCALLE.
Pathologie médicale	FIESSINGER.
Pathologie médicale	FOIX.
Pathologie expérimentale	GARNIER.
Pathologie médicale	HARVIER.
Urologie	HEITZ-BOYER.
Anatomie	HOVELACQUE.
Parasitologie	JOYEUX.
Chimie biologique	LABBÉ (Henri).
Pathologie chirurgicale	LARDENNOIS.
Obstétrique	LE LORIER.
Oto-rhino-laryngologie	LEMAITRE.
Pathologie médicale	LEMIERRE.
Obstétrique	LEVY-SOLAL.
Pathologie mentale	LHERMITTE.
Pathologie médicale	LIAN.
Pathologie chirurgicale	MATHIEU.
Obstétrique	METZGER.
Pathologie chirurgicale	MOCQUOT.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Pathologie chirurgicale	MOURE.
Histologie	MULON.
Bactériologie	PHILIBERT.
Pathologie médicale	RIBIERRE.
Physiologie	RICHT Fils
Anatomie	ROUVIÈRE.
Physique médicale	STROHL.
Pathologie médicale	TANON.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Obstétrique	VAUDESCAL.
Histologie	VERNE.
Pathologie médicale	VILLARET.
Ophthalmologie	WELTER.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

	MM.
Physiologie	CAMUS.
Pathologie médicale	GOUGEROT.
Obstétrique	GUÉNIOT.
Histologie	RETTNER.
Anatomie pathologique	ROUSSY.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE à titre permanent

	MM.
Clinique chirurgicale	AUVRAY.
Clinique chirurgicale	CHEVASSU.
Clinique médicale	LAIGNEL-LAVASTINE.
Clinique médicale infantile	LEREBoullet.
Clinique médicale	LÉRI.
Clinique médicale	LEPER.
Clinique chirurgicale infantile	OMBREDANNE.
Clinique chirurgicale	PROUST.
Clinique médicale	RATHERY.
Clinique chirurgicale	SCHWARTZ.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.

V. — CHARGÉS DE COURS

	MM.
Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes	MAUCLAIRE, agrégé
Stomatologie	FREY
Education physique	N.
Radiologie clinique	LEDoux-LEBARD.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

Hommage de piété filiale et de profonde reconnaissance pour les sacrifices qu'ils ont faits pour moi.

A MES SŒURS

A MON FRÈRE

A MON AMIE DÉVOUÉE ESTHER FISSON

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR FAURE

Professeur de clinique gynécologique à la Faculté
de Médecine de Paris.

*Qui nous donna, en inspirant cette thèse et
en nous faisant l'honneur d'en accepter la
présidence, un nouveau témoignage de sa
bienveillance.*

*Qu'il veuille bien recevoir ici l'hommage de
ma reconnaissance et de mon attachement
respectueux.*

A MES MAÎTRES DES HÔPITAUX DE PARIS

A MM. LE PROFESSEUR FAURE

LE DOCTEUR MIMIN

LE DOCTEUR DOUAY

Chef de travaux gynécologiques à l'Hôpital Broca.

Je tiens à exprimer ici mes remerciements les plus reconnaissants à tous ceux qui m'ont guidé par leurs conseils dans l'élaboration de ce modeste travail et en particulier Monsieur le Docteur Douay qui nous reçut avec tant de bienveillance dans son service à l'hôpital Broca; au Docteur Champy, chef de Laboratoire de Clinique gynécologique à l'hôpital Broca, qui eut la bonté de nous communiquer la nouvelle technique de la biopsie estemporannée et au Docteur David qui nous a montré la pratique de l'endoscopie utérine.

INTRODUCTION

Depuis Besnier, qui en fut le créateur et grâce à Darier, qui en montra si bien la nécessité, la biopsie est devenue un mode d'investigation dont l'importance s'est affirmée. On a dit et répété et on ne saurait trop y insister, que le cancer est une maladie curable lorsqu'il est traité convenablement et à temps. De la précocité d'un diagnostic exact dépend l'avenir du malade. Ce diagnostic exact et précoce, la biopsie peut l'établir. Elle peut fournir un diagnostic précoce, car pour l'examen histologique, il suffit d'un minime fragment de l'organe suspect. Dès qu'une lésion, si petite soit-elle, est présumée cancéreuse, elle peut donc être biopsiée. Le diagnostic établi par la biopsie est un diagnostic ferme et non de probabilité. L'intervention chirurgicale précoce reste à l'heure actuelle le moyen le plus efficace dans la lutte entreprise contre cette redoutable affection. Or, pour qu'elle ait toute sa valeur, il est absolument nécessaire qu'elle soit pratiquée de bonne heure, alors que le néoplasme n'a pas encore envahi le tissu cellulaire périutérin et les organes essentiels du bassin. Dans tous les cas suspects, il faut avoir recours à la biopsie; on pourrait ainsi prévenir plus d'une fâcheuse issue.

La direction du traitement est subordonnée au diagnostic que l'examen histologique établit d'une façon certaine. Le microscope permet ainsi de préciser les données de

la clinique au grand bénéfice des malades. En somme, si l'on veut lutter efficacement contre le cancer utérin, il faut soumettre tous les cas suspects au contrôle de la biopsie, qui permettra de faire le diagnostic précoce des lésions et de les traiter précocement. Souvent aussi la biopsie (extemporanée) peut guider le chirurgien dans son acte opératoire et lui permettra de vérifier immédiatement son impression clinique. La biopsie prend donc, dans la pratique médicale, une importance capitale. Les avantages sont si grands, les inconvénients si minimes, que l'on peut regretter de ne pas en voir l'usage plus répandu. Dans le cancer les renseignements fournis par la biopsie ne sont pas seulement d'un intérêt diagnostique de premier ordre, mais encore elle peut donner des indications précieuses pour le pronostic et la thérapeutique. La biopsie permet d'étudier la nature histologique du cancer, son activité de prolifération, le développement plus ou moins marqué du stroma, le mode d'action réciproque du néoplasme proprement dit sur le tissu dans lequel il se développe. Cette étude permet d'établir un pronostic, de guider la thérapeutique et en curiethérapie de choisir les doses les plus favorables. Cette étude très intéressante basée sur les biopsies répétées, qui permettent de suivre les modifications des lésions en cours de traitement, est encore au début de ses recherches. Nous nous contentons dans cette thèse de montrer les renseignements pratiques que peut donner la biopsie pour déceler le cancer dès son début et en permettre un traitement précoce, ce qui est actuellement encore le seul moyen d'en espérer la guérison.

Nous avons recueilli les éléments de cette thèse dans les observations, à l'hôpital Broca, dans le service du Pr J.-L. Faure.

Nous remercions spécialement M. Champy et M. Douay, qui nous ont prodigué leurs conseils éclairés.

LA CLINIQUE

Cancer du col.

On distingue trois variétés du cancer de la portion vaginale du col :

- La variété végétante ou bourgeonnante ;
- La variété creusante ou ulcéreuse ;
- La variété infiltrante ou interstitielle.

LE CANCER DU COL AU DÉBUT. — Bien souvent le cancer du col utérin, demeure des longs mois ignoré de celle qui le porte. Les premiers symptômes n'attirent pas attention et ne provoquent pas l'inquiétude des femmes. Ce sont des pertes blanches sans caractère particulier et sans odeur spéciale. Ce sont surtout des écoulements de sang peu abondants, qui surviennent en dehors des règles à l'occasion de fatigue, d'efforts, des courses en voiture et plus souvent, des traumatismes locaux, même légers, comme peuvent en produire le coït, le choc d'une canule au cours d'une injection, introduction d'un spéculum, une exploration digitale pratiquée par le médecin. Quelquefois les règles sont plus abondantes, plus prolongées et le sang revient un ou deux jours après avoir disparu ; ces détails ont peu d'importance aux yeux de la plupart des femmes, mais

ont une grosse importance pour un gynécologue averti. Il faut savoir dépister ce premier symptôme — c'est l'hémorragie, simple saignement en dehors de la menstruation et qui acquit toute sa valeur lorsqu'elle se produit chez les femmes qui ont dépassé la ménopause. L'écoulement sanguin est presque toujours modéré et il n'attire l'attention que par sa persistance, sa continuité ou par sa fréquente répétition. On doit se méfier à tout âge des femmes qui saignent en dehors de leurs règles, surtout quand on ne découvre pas immédiatement la cause des pertes de sang. Les hémorragies irrégulières, capricieuses, inexplicables sont très inquiétantes. Plus tard, il ne s'agit pas d'une hémorragie véritable, mais d'un écoulement sanieux, séreux, séropurulent ou de liquide légèrement teinté de sang. Les malades perdent des eaux rousses, sans grande odeur au début, mais qui bientôt à mesure que les lésions ulcéreuses s'injectent et se développent, deviennent d'une extrême fétidité. L'hémorragie est donc, en général, avec les écoulements séropurulents qui la remplacent à une époque avancée, le plus important de tous les symptômes; mais elle n'a par elle-même aucune valeur précise; elle n'est qu'une indication, qui réclame un examen approfondi. Au toucher, il se manifeste au début par une induration peu étendue, plate ou bourgeonnante, siégeant sur une des lèvres, au voisinage de l'orifice cervical. Cette induration tranche assez nettement sur la consistance normale du col et elle a d'autant plus d'importance qu'elle est isolée. En général, elle n'est pas nettement limitée; elle se continue par une transition progressive avec les tissus sains. Presque toujours en appuyant doucement le doigt, en provoque l'apparition de sang.

PÉRIODE D'ÉTAT. — L'aspect est différent suivant les trois variétés que M. Douay, nous a appris à reconnaître :

Dans la forme végétante ou bourgeonnante, le fond du vagin est plus ou moins rempli par une masse irrégulière qui gagne rapidement de proche en proche la surface du col, bourgeons assez mous, friables et saignants reposant sur un fond dur. Ce cancer a peu de tendance à gagner dans la profondeur et nous avons vu de très belles pièces enlevées par l'opération d'hystérectomie élargie dans lesquels de gros cancers s'arrêtent net du côté de l'utérus laissant complètement libres le paramètre et les culs-de-sacs vaginaux. C'est la forme la plus favorable pour la chirurgie.

Dans la forme ulcéreuse ou creusante, la lésion primitive, localisée à l'orifice, ronge les tissus du col et le transforme en une sorte de cratère. Ici, peu d'hémorragie, peu d'écoulement fétide et cependant la lésion gagne en profondeur et souvent à l'opération les paramètres sont déjà envahis.

Dans la forme infiltrante, le col est gros et dur dans son ensemble, peu bourgeonnant. Mais déjà, les culs-de-sacs sont pris et leur souplesse a disparu. Le cancer remonte jusqu'à l'isthme et le pronostic est peu favorable.

DIAGNOSTIC DE MÉTRITE CERVICALE AVEC CANCER DU COL. — La métrite cervicale peut parfois simuler un cancer du col utérin : on voit de gros cols irréguliers, à la surface bourgeonnante sur lesquels le doigt

rencontre des masses dures qui rappellent au toucher la dureté du cancer ; et la muqueuse tendue, congestionnée qui les recouvre, saigne assez facilement au contact. Mais on remarquera que dans la métrite il y a une dissémination des lésions étendues à la totalité du col avec des alternatives de dureté et de mollesse que l'on sent sous le doigt. Au niveau des endroits durs, il faut rechercher et mettre en évidence par une simple piqûre ou un point de galvanocautère, la présence d'un kyste glandulaire ou œuf de Naboth. C'est là comme nous l'a montré M. Douay un excellent moyen de diagnostic clinique.

La situation est beaucoup plus délicate lorsqu'on est en présence des lésions très limitées, ne dépassant pas la moitié d'une des lèvres du col, par exemple. L'existence à ce niveau d'un ou de plusieurs nodules indurés sera justement suspecte. Si la muqueuse est molle, souple, peu friable, on sera en droit de songer à la métrite du col, mais il sera prudent de ponctionner légèrement l'un des nodules pour s'assurer de sa nature kystique. Si l'induration semble avoir gagné la muqueuse elle-même et s'il n'existe pas des kystes folliculaires dans la profondeur, on soupçonnera plutôt le cancer. Dans le doute, il est indispensable de recourir le plus tôt possible à un examen biopsique.

DIAGNOSTIC DU CANCER DU COL AVEC L'ADÉNOME DU COL. — En même temps que les altérations cellulaires et souvent avant qu'elles apparaissent nettement, on observe des modifications des glandes et de la muqueuse. Ces modifications se produisent de différentes manières. La muqueuse est quelquefois le siège d'une pro-

lifération très active; en même temps que l'épithélium se développe, le chorion muqueux donne lieu à de véritables formations papillaires qui végètent recouverts de leur épithélium. Ces bourgeons se ramifient d'une manière extrêmement accentuée, déformant totalement les glandes. Elles aboutissent à la production d'excroissances papillomateuses de plus en plus envahissantes, qui impriment aux altérations cancéreuses des formes spéciales (apparences polypeuses, lésion en choux-fleurs). Ces bourgeons friables saignent avec une extrême facilité. Les glandes sont beaucoup plus développées qu'à l'état normal, tantôt serrées les unes contre les autres, tantôt sinueuses, dilatées, d'apparence kystique ou ramifiées; elles subissent les invaginations et présentent à la coupe plusieurs tubes glandulaires concentriques. Ce sont ces états qui ont été décrits sous le nom de *formations adénomateuses* et qui sont considérées par un certain nombre d'auteurs comme caractérisant la *période précancéreuse*. Des modifications de ce genre ont été signalées en dehors du cancer; mais il faut reconnaître qu'elles sont très fréquentes au début du cancer et qu'elles coïncident avec des altérations cellulaires qui viennent d'être décrites. Le chorion muqueux reste le plus souvent, en quelque sorte, indifférent à ce processus de prolifération. S'il n'oppose aucune résistance à l'envahissement des bourgeons épithéliaux, il ne participe pas directement à ces néoformations. Cependant Ménétrier a décrit des néoplasies mixtes, à la fois épithéliomateuses et conjonctives dans lesquelles le chorion prolifère également : les tubes glandulaires se trouvent entourés de cellules conjonctives de type fusiforme. C'est ce qu'il a appelé l'adénome utérin à

stroma conjonctif. Quand la dégénérescence scléro-kystique du col donne lieu à des indurations d'apparence suspecte, on peut se rendre compte, que celles-ci sont disposées en îlots séparés par des intervalles de tissu sain offrant une consistance normale. Si confluents que soient, les petits kystes glandulaires,, ils ne présentent pas la dureté continue, homogène de l'infiltration cancéreuse. Leur surface est rarement ulcérée et s'ils saignent au contact du doigt ou d'un instrument, c'est seulement au niveau de la muqueuse, qui est molle et friable. On reconnaît facilement leur saillie acuminée, qui se termine par un point blanc d'où la moindre piqure donne issue à un liquide filant de même nature que celui qui s'écoule par le col.

Les œufs de Naboth sont presque toujours multiples disséminés en divers points du col; ils ont une forme acuminée très différente de celle que revêt bientôt la plaque d'épithéliome. Les résultats de l'examen au spéculum sont presque toujours négatifs.

Tuberculose du col donne lieu parfois à des productions papillaires, saignantes, que leur mollesse seule permettrait de la distinguer d'une prolifération épithéliomateuse. Les altérations sont moins homogènes; à côté des saillies végétantes, on constate des ulcérations aux bords irréguliers et remarquablement mous.

Il est incontestable, qu'un examen clinique très méticuleux fait par un gynécologue de profession, permet de reconnaître le cancer dès ses premières manifestations et de différencier des autres affections non cancéreuses.

Mais, que de difficultés dans l'interprétation de ces

symptômes dont l'importance ne frappe pas toujours des observateurs insuffisamment avertis. L'hésitation est d'autant plus excusable, que la décision à prendre est grave. Ces mesures extrêmes paraissent d'autant plus redoutables, que la femme est moins âgée et c'est dans ces conditions cependant qu'elles sont indispensables; la jeunesse exposant à une évolution plus rapide des lésions cancéreuses. Le meilleur moyen d'éviter, en pareil cas, une perte de temps dangereuse, c'est de pratiquer une biopsie qui mettra fin à tous les doutes.

Le Cancer endocervical.

Le problème est beaucoup plus difficile, si le cancer est endocervical. On distingue trois formes, comme pour le cancer de la portion vaginale du col :

- a) bourgeonnante,
- b) creusante,
- c) infiltrante.

Lorsque le cancer débute dans l'intérieur du canal cervical on a les mêmes signes du début, que pour le cancer du col : pertes sanguines dans l'intervalle des règles, sécrétions fétides. Comme les lésions sont abritées dans l'intérieur du col, les signes habituels du cancer du col sont ici moins marqués. Au toucher on constate que le col est élargi en barillet. Il a perdu sa souplesse, s'incurve difficilement, quand on cherche à le fléchir avec le doigt et paraît comme empesé. Si l'on accentue ou si l'on prolonge la pression du doigt, on provoque un brusque suintement du sang.

Dans la forme bourgeonnante, au spéculum, le col paraît normal, mais l'orifice est entrebâillé et rigide. Quelquefois, une saillie indurée suspecte apparaît par l'orifice et la pression du doigt à ce niveau fait sourdre du sang. Les bourgeons cancéreux sont situés à l'entrée de l'orifice du col et peuvent faire saillie à l'intérieur du canal cervical et distendre ainsi par leur masse la cavité cervicale.

Dans la forme creusante, le col est comme évidé, transformé en un cratère qui ne communique avec le vagin que par un orifice assez étroit. Mais, en introduisant un instrument de dimension dans la cavité, on reconnaît facilement de plusieurs centimètres, et on provoque une petite hémorragie.

Dans la forme infiltrante, le col est pris en masse par le néoplasme, les paramètres étant envahis d'une façon précoce.

On comprend la difficulté du diagnostic dans ces formes endocervicales, alors que la partie vaginale du col visible au spéculum est encore à peu près normale.

Plus tard le néoplasme s'étend en largeur, gagne de proche en proche, infiltrant non seulement toute la muqueuse qui recouvre le museau de tanche, mais celle des culs-de-sacs vaginaux; en même temps que par les lymphatiques, il envahit le tissu cellulaire péri-utérin et les ganglions du voisinage.

Parfois, il creuse et dévore le tissu du col en évidant les lèvres par leur face interne, si bien, qu'elles peuvent parfois disparaître complètement en laissant à leur place une sorte de cavité ulcérée et saignante.

*DIAGNOSTIC DU CANCER ENDOCERVICAL
AVEC LES POLYPES ET LES FIBROMES PÉDICU-*

LÉS. — Les polypes et les fibromes pédiculés qui s'éliminent par l'orifice cervical, ont quelquefois des apparences très trompeuses; on les prend pour un cancer endocervical bourgeonnant. Ils entretiennent une hydorrhée assez abondante, qui est retenue en amont du polype muqueux ou fibreux engagé dans le col; il en résulte à la fois une irritation assez vive de la muqueuse cervicale, qui saigne au moindre contact et une fétidité très prononcée des sécrétions. Par le toucher on se rend compte que la masse dure, ronde, mobile autour de son axe, formée par le fibrome ou par un polype enflammé est en quelque sorte libre dans la cavité cervicale. Elle saigne moins facilement qu'un nodule cancéreux, au contact du doigt. Le col est mou, de forme d'un anneau souple sans induration. On peut toujours glisser le doigt ou un hystéromètre entre l'utérus et la tumeur. Il est prudent de s'assurer qu'on peut en faire complètement le tour et qu'elle n'est rattachée à l'utérus que par un mince pédicule, de longueur variable.

Un polype adénomateux est reconnaissable à son aspect lisse, à sa mollesse relative, à son aspect franchement pédiculé et à son indépendance relative de la muqueuse en dehors du point d'attache de son pédicule; il a peu de tendance à saigner. Mais, il faut savoir qu'il peut dégénérer en cancer. En résumé, c'est tout particulièrement dans les cas des épithéliomes intracervicaux que la biopsie sera indispensable. La disposition des lésions ne permet pas de les constater directement par la vue et les sensations perçues par le doigt n'ont pas toujours une netteté suffisante.

Cancer du corps.

Il nous reste encore à exposer la difficulté de diagnostic du cancer du corps. C'est le problème le plus difficile. Le cancer du corps utérin appartient surtout à la période de ménopause ou aux années qui la suivent. On l'a observé exceptionnellement entre trente et quarante ans. Mais c'est vers l'âge de cinquante ans ou au-dessus qu'il est plus fréquent. Il est encore plus souvent méconnu que les néoplasmes du col, parce que son évolution est souvent latente et insidieuse; les symptômes auxquels il donne lieu paraissent d'ailleurs souvent en désaccord avec ceux que l'on assigne habituellement au cancer utérin. Ici, ce sont encore les hémorragies qui dominent, mais quelquefois sous une forme si discrète qu'elles passent inaperçues. C'est plutôt un suintement de sang.

Elles débutent rarement par des véritables hémorragies; cependant le fait se produit quelquefois: on voit les femmes ayant cessé d'être réglées depuis plusieurs années et qui sont prises, tout à coup, d'une perte de sang abondante à l'occasion d'une chute, d'une longue course en voiture, d'une marche prolongée. L'hémorragie s'arrête au bout de quelques heures, d'une ou deux journées au plus, et elle se reproduit après un temps plus ou moins long, quelquefois avec une périodicité régulière, mais presque toujours on constatera, d'une hémorragie à l'autre, un suintement coloré. Or, au début, l'examen le plus minutieux du col et de l'abdomen ne révèle aucun indice d'une altération grave de l'utérus. Son volume, sa forme ne sont nullement modi-

tiés; il est mobile, les culs-de-sacs sont souples et nulle part, le palper ne provoque une douleur ou une sensation anormale digne d'attirer l'attention. Dans ce cas, où la clinique hésite en face d'une affection dont le pronostic et le traitement sont liés à la précision et à la précocité du diagnostic, la biopsie est indispensable. C'est elle qui peut exclure ou affirmer d'une façon absolue le soupçon de tumeur maligne.

Cependant les lésions s'étendent, l'utérus grossit; la néoformation envahit le muscle utérin, remplit et distend la cavité utérine. Le suintement sanguin augmente peu à peu; les hémorragies deviennent plus fréquentes et plus abondantes. La malade ressent une pesanteur qui s'accroît peu à peu, puis après avoir éprouvé des contractions douloureuses de l'utérus, elle voit réapparaître l'écoulement. Les douleurs très vives tiennent aux contractions utérines, provoquées par la tumeur et accompagnées de violentes douleurs expulsives.

On ne devra jamais perdre de vue le suintement sanguin et l'accroissement du volume de l'utérus au lieu de la régression physiologique que l'on constate à la ménopause. Il ne faut pas compter ici sur les modifications du col pour fixer le diagnostic; ce n'est qu'à la longue, à une période avancée, quand les lésions ont progressé et envahi la presque totalité de l'organe, que l'orifice cervical devient béant et qu'on peut percevoir dans sa cavité des bourgeonnements de mauvais aspect. Le col conserve donc pendant une longue période ses caractères normaux et seule l'augmentation de volume du corps utérin serait de nature à donner l'éveil.

Durant toute cette première phase, le diagnostic différentiel doit être fait entre la métrite sénile, fibro-myome, métrite polypeuse de l'utérus.

Le fibromyome débute en général, à un âge moins avancé que le cancer du corps. Pendant longtemps, il évolue sans donner lieu à d'autres accidents que des hémorragies. L'examen de l'utérus permettra de reconnaître dès l'origine l'augmentation de volume de l'organe, sa consistance ferme, les irrégularités, les bosselures qui existent à sa surface. Généralement, les fibromes ne donnent pas lieu à des hémorragies après la ménopause, s'ils ne subissent pas eux-mêmes une dégénérescence ou s'ils ne sont pas accompagnés d'un épithélioma de la muqueuse. Comme nous l'avons entendu dire souvent par le Professeur Faure: tout fibrome, qui attire l'attention après la ménopause, soit qu'il grossisse, soit qu'il saigne, soit qu'il devienne douloureux, soit qu'il produise de la fièvre — n'est pas un fibrome pur, mais une tumeur qu'il faut enlever par le bistouri; c'est presque toujours, un cancer de corps ou c'est un fibrome dégénéré.

Les polypes muqueux peuvent rester dans la cavité utérine, créant la *métrite polypeuse*. Les hémorragies persistantes, les sécrétions abondantes, fluides, ressemblent à ce qu'on observe dans l'évolution des fibromes. On peut compléter l'examen à l'aide de l'hystéromètre, qui montrera une cavité agrandie, sans préciser davantage le diagnostic.

Métrites séniles sont celles qui surviennent après la ménopause chez des femmes dont l'utérus semblait sain jusque-là. Elles se manifestent presque exclusivement par un

écoulement leucorrhéique purulent jaunâtre, d'abondance variable, qui exhale dès le début une odeur assez prononcée, souvent fétide. Cette fétidité précoce des sécrétions utérines est plutôt contraire à l'idée du cancer, dont les écoulements ichoreux n'apparaissent que tardivement. Les sécrétions sont quelquefois teintées de sang; elles se compliquent même de petites hémorragies peu abondantes, mais abondantes, consistant soit en suintement prolongé, soit en des pertes brusques de sang. Ces accidents offrent une certaine analogie avec ceux qui caractérisent les affections cancéreuses. Dans tous ces cas, l'examen clinique le plus minutieux ne permet pas toujours de distinguer ces altérations non néoplasiques de la muqueuse utérine avec des lésions cancéreuses. Il est indispensable, en pareil cas, de recourir à la biopsie, par le curettage explorateur.

Chez les femmes avant la ménopause, le diagnostic positif est encore plus difficile, parce que le cancer du corps est assez rare. En pareil cas, on pense plutôt à un fibrome dont le symptôme caractéristique est la ménorragie. On pense encore à la métrite hémorragique due souvent à l'adénome de la muqueuse du corps, ou bien à la métrorragie d'origine ovarienne (surtout au voisinage de la ménopause).

Chez les femmes après la grossesse, soit la fausse couche, soit l'accouchement, on pense plutôt à la rétention placentaire, au polype placentaire. Mais il faut savoir que le cancer sous forme de chorio-épithéliome peut exceptionnellement se développer.

La curette permettra de retirer des débris caractéristiques et l'examen histologique confirmera le diagnostic.

Chez la jeune fille, la métrorragie persistante est excep-

tionnelle. Elle oblige le gynécologue à faire un toucher vaginal. Chez la vierge, il faut dilater l'hymen sous l'anesthésie générale, dilater le col et pratiquer un curettage explorateur. Les débris seront conservés en vue d'un examen histologique. A côté des lésions banales de la muqueuse utérine, comme métrite, polypes, il y a des lésions graves épithéliales et sarcomateuses, qu'il faut savoir dépister de bonne heure par le curettage et la biopsie.

Si le renseignement fourni par le curettage reste négatif, si l'état de la jeune fille malade fatiguée et anémiée devient inquiétant à cause de l'hémorragie abondante et récidivante après le curettage, alors seulement le radium ou les rayons X seront utilisés dans un but thérapeutique. Ici encore, la biopsie après le curettage aura permis de poser un diagnostic précis et ferme.

INSTRUMENTS ET TECHNIQUE

1° BIOPSIE DU COL. — Quand on se trouve en présence d'une lésion suspecte du col de l'utérus, on doit penser à pratiquer une biopsie. Mais pour qu'une biopsie ait toute sa valeur, il faut d'abord qu'elle soit correctement faite. Or, la technique même du prélèvement est essentiellement variable selon le cas. Avant de biopsier un col utérin douteux, le gynécologue doit pousser son examen clinique et préciser quel est exactement le point suspect dont l'examen fournira le maximum de renseignements. Préciser ce qu'il faut prélever et effectuer exactement ce prélèvement sont deux opérations distinctes, qui toutes les deux, ou l'une ou l'autre peuvent être délicates.

Choisir le point le plus suspect :

c'est l'endroit le plus dur,
le plus saignant,
le plus végétant,

Le toucher avec le doigt ganté n'est pas toujours suffisant ; le doigt nu donne plus de précision dans les sensations tactiles. Le mieux est, avec le spéculum, sous le contrôle de la vue de toucher la zone suspecte avec une pince, un hystéromètre, un instrument quelconque. On reconnaît ainsi, millimètre par millimètre, la consistance du tissu, la souplesse ou l'induration, le point le plus friable, qui saigne

au contact. On localise ainsi l'endroit où il faut faire la biopsie, comme nous l'a montré pratiquement le Dr Douay, dans le service du Pr Faure.

Il faut ensuite apporter une grande attention à ne pas traumatiser le fragment de tissu au cours de son ablation: s'il est écrasé, il peut de ce fait devenir inutilisable et on ne peut plus apprécier ni la morphologie, ni les rapports des cellules broyées entre les mors d'une pince. Dans la plupart des cas, une pince à disséquer, un bistouri, une curette tranchante, une pince emporte-pièce de J.-L. Faure, ou même la pince de Ruault sont suffisants.

Technique du prélèvement : en général, c'est sur les bords d'une lésion que l'on a les plus de chances de trouver des modifications tissulaires au début, et par conséquent, d'en mieux saisir la nature. S'il s'agit d'une tumeur, faire le prélèvement, si possible, à la périphérie de façon à comprendre dans la pièce enlevée une partie de tissu néoplasique et une partie de tissu sain.

Si l'on se trouve en présence d'une ulcération, on prendra un fragment du bord en même temps qu'une petite étendue du fond. Il faut éviter, les régions nécrosées ou sphacélées et ne pas hésiter en cas de doute à prélever plusieurs fragments. Avec l'un des instruments, il faut saisir un bourgeon non sphacélé avec sa base d'implantation; s'il n'y a pas de bourgeon, tailler sur le bord de l'ulcération dans un sens perpendiculaire à sa limite, si possible, en empiétant un peu en tissu sain et assez profondément pour dépasser la couche épidermique. Sectionner d'un coup sec et déposer aussitôt dans le tube de fixation. Un tel prélèvement permet une orientation précise de la pièce à débiter en coupes et

par suite, ultérieurement une étude topographique exacte des lésions. La grosseur du fragment importe peu, pourvu qu'il soit prélevé au bon endroit. L'anesthésie locale n'est pas indispensable. En cas d'hémorragie, tamponner et appliquer un pansement avec une solution aqueuse d'anti-pyrine à parties égales.

Ce qu'il ne faut pas faire : prélever un fragment au centre de l'ulcération de la tumeur mal irriguée et en voie de nécrose ou prélever un bourgeon pédiculé en voie de sphacèle.

Fixation : Les meilleurs récipients sont des petits tubes en verre à fond plat de 10 à 12 mm de diamètre et de 8 à 10 cm de long avec un bouchon ajusté. Sur chaque récipient on collera une étiquette portant le nom du malade, la date de la biopsie, son siège précis et, chaque fois que cela est possible, on joindra un schéma anatomique et le diagnostic clinique présumé.

Il est nécessaire, avant de prélever un fragment, d'avoir un liquide fixateur tout préparé dans lequel le fragment sera plongé immédiatement. Les fixateurs les plus recommandables sont :

1° Le liquide picro-acétique — formol 40 % vingt grammes, solution saturée d'acide picrique soixante-quinze grammes, acide acétique cinq grammes. Ce liquide à l'inconvénient de tacher pendant le transport. (Les taches d'acide picrique s'enlèvent aisément avec une solution de borax).

2° On peut employer le formol du commerce à 10 %, mais c'est un fixateur médiocre. Le sublimé acétique et les liquides à base de chromate sont à éliminer complètement à

cause des complications techniques qu'ils entraînent. En cas d'urgence, on peut employer simplement l'alcool à 95°. Mais on n'en a pas toujours sous la main. Les eaux-de-vie, eaux de Cologne, que l'on a employé souvent comme alcool, donnent des résultats détestables, car leur teneur en alcool absolu est trop faible. Au contraire l'alcool à brûler du commerce même impur est un excellent liquide fixateur. Il faudra en employer une quantité un peu plus considérable que de fixateur habituel.

2° BIOPSIE ENDOCERVICALE. — Dans le cancer de la portion endocervicale les instruments employés sont : la curette tranchante, pince coupante de Weber ou la pince de J.-L. Faure.

On introduit la curette dans la cavité cervicale et on tâche d'enlever un fragment suspect par un petit mouvement de torsion de la curette.

Queiquefois, s'il y a de la difficulté à enlever un fragment de la tumeur endocervicale, on pratique alors le débridement du col par une incision latérale, ce qui permet d'avoir accès sur la région douteuse intracervicale. Pour faire ce débridement, il n'est pas nécessaire d'anesthésier. Lorsqu'on a affaire à une malade sensible, il est facile de faire de chaque côté du col une piqûre de novocaïne.

3° BIOPSIE ENDO-UTÉRINE. — Pour explorer la cavité utérine, on utilise habituellement le curettage explorateur. On prélèvera, en le choisissant avec soin, un des fragments de la muqueuse utérine, destiné à être examiné. Pour que le curettage donne tous les renseignements qu'on

lui demande, il faut qu'il soit complet. Quelquefois, un petit cancer du corps peut être localisé dans une corne utérine, et la curette maniée rapidement et sans méthode peut passer à côté. Aussi, en principe, la malade doit être endormie; le col sera dilaté suffisamment soit avec l'appareil de Sims, soit avec les bougies de Hegar, soit encore par une application de laminaire faite la veille du curettage. La curette tranchante est nécessaire pour prélever facilement et sans l'abimer un débris de certain volume. Mais il faut se rendre compte que dans certains cancers du corps la paroi utérine est amincie et assez friable aussi. L'opération doit être exécutée avec douceur et le raclage de la muqueuse doit être fait en ramenant la curette du fond vers le col, sans brutalité de peur de perforer le fond de l'utérus. Pour qu'un curettage explorateur ait de la valeur, il doit être total. Il est impossible de déterminer cliniquement le siège d'une petite lésion au niveau de la muqueuse utérine. Par conséquent, il faut pratiquer un curettage complet, systématique de la cavité utérine, en ramenant les débris de toute la muqueuse. On met les débris, ramenés par la curette sur une compresse et on choisit le fragment, qui semble être le meilleur pour l'examen histologique. Parmi les débris recueillis on éliminera ceux qui sont nécrosés. Le plus souvent, les débris sont mélangés avec des caillots; il faut avant de les fixer, les en dégager. Les fragments enrobés dans du sang coagulé se fixent mal et sont difficiles à inclure. Le coagulum sanguin empêche la pénétration du liquide fixateur et des divers produits employés pour l'inclusion; les coupes sont alors mauvaises. Il est par conséquent commode de recevoir les débris du curettage sur une compresse de gaz,

qui absorbe le sang liquide. Il devient alors aisé de séparer les caillots des débris qu'il faut manier doucement pour ne pas les écraser.

Il s'agit presque toujours d'un cas douteux du cancer du corps de l'utérus. La conduite à tenir est différente suivant que la lésion endo-utérine est une métrite ou un cancer. Dans le premier cas, il faut continuer jusqu'au bout le curettage commencé; dans le second, il est inutile de persévérer dans les manœuvres du curettage qui ne sont pas sans danger en cas d'utérus envahi profondément par les bourgeons néoplasiques; la curette pouvant même perforer la paroi friable de l'utérus — il y a lieu au contraire de pratiquer l'hystérectomie vaginale, qui suivant l'enseignement du Professeur Faure est une bonne opération pour traiter le cancer du corps utérin chez les femmes âgées. Pour obtenir immédiatement ce renseignement précieux, il y a lieu de pratiquer la *biopsie extemporannée*. Elle offre un moyen sûr de diagnostic, surtout quand on hésite à poser le diagnostic du cancer de l'utérus. Si on s'adresse à la curiethérapie pour traiter le cancer de l'utérus, la même nécessité s'impose de faire un diagnostic précoce pour obtenir des guérisons durables. Cet examen effectué rapidement au cours du curettage permet de décider la conduite à tenir, de limiter ou d'étendre l'opération.

Dès 1912, le Professeur Pozzi, avait rapporté d'Amérique la méthode utilisée dans la clinique des frères Mayo et qui consistait essentiellement à faire une coupe par congélation de la tumeur fraîche pour faire l'examen au cours de l'opération. M. Champy, a établi une autre méthode qui a donné dans une série de cas opérés par M. le Professeur Faure, et

spécialement pour les cancers du sein, des résultats qu'il a jugé excellents. Il procède ainsi : la malade endormie, et le chirurgien ayant incisé la tumeur peut choisir le point ou les points où l'aspect est le plus suspect (très gros avantage sur la biopsie faite par petit prélèvement). Les fragments d'un demi centimètre environ, sont placés dans un mélange : alcool absolu 60 grammes et formol 40 % — 40 grammes.

On porte à l'ébullition deux minutes et on coupe dans le fragment durci. On peut faire cette coupe à main levée, faite à ce moment avec un bon rasoir. Mais ce procédé nécessite une certaine habileté manuelle. Nous avons vu cette méthode employée par M. Champy avec une grande dextérité. On peut aussi employer le microtome à congélation par l'acide carbonique. Les coupes sont recueillies avec un pinceau et placées immédiatement dans l'eau renfermant pour 10 cms, 15 à 20 gouttes de solution de giemsa. Les coupes se colorent rapidement, pendant qu'on achève de couper la pièce. On les pêche avec une lame et on les observe dans la solution même qui a servi à les colorer.

Cette méthode de la congélation a l'avantage de ne pas nécessiter un tour de main spécial, comme les coupes à main levée et de permettre l'observation des coupes de large étendue. C'est toujours, en effet, lorsqu'on n'a pris qu'un petit fragment, qui peut se trouver en dehors de la lésion cancéreuse, qu'il y a des erreurs de diagnostic. Elle n'a d'autre inconvénient que de nécessiter un matériel un peu encombrant. Le fragment prélevé devra être une tranche mince, que l'on coupera parallèlement à sa plus grande surface. Le temps perdu est de 4 à 8 minutes. Il semble, et il a semblé dans tous les cas au Professeur Faure, que cette

perte de temps était largement compensée par la certitude qui lui était donnée lorsque le résultat est positif et qu'il s'agit de cancer.

La méthode employée dans le diagnostic extemporané du cancer du sein a donné des résultats excellents.

Dans le cancer du corps de l'utérus, l'examen histologique est plus délicat.

Pour éviter ce curettage explorateur, qui nécessite habituellement l'anesthésie générale, on a cherché d'autres moyens de prélèvement: c'est l'appareil à biopsie de de Nabias, même appareil modifié par le P^r Faure et D^r Douay, la curette du D^r Douay et enfin l'hystéroscope du D^r David pour exploration endoscopique de l'utérus.

L'appareil de de Nabias, construit par Luer, est composé de deux parties : un tube extérieur ayant la courbure de l'hystéromètre dans lequel glisse une deuxième partie qui peut disparaître presque complètement dans le tube (position d'introduction de l'instrument) ou au contraire sortie par l'extrémité de 1 cent. environ. Cette partie qui fait issue au dehors, présente sur le côté une encoche surmontée d'un bord coupant, qui agit comme guillotine en sectionnant tout bourgeon saillant entre lui et le bord tranchant du tube intérieur. Cet instrument se monte sur le manche universel ordinaire, employé en rhinologie.

Le tube intérieur est formé d'une lame d'acier enroulée, pour lui permettre une courbure flexible. Pour faciliter la construction de l'appareil P^r Faure et D^r Douay ont fait établir un modèle rectiligne; la courbure utérine ne pouvant empêcher la pénétration de l'instrument.

La curette du D^r Douay est à l'étude (construite par Collin) et on fait les premiers essais dans le service de J.-L. Faure, par D^r Douay lui-même. C'est une curette très spéciale de forme avec un manche rigide qu'on peut tenir solidement dans la main. L'extrémité, qui est introduite dans l'utérus, ressemble assez à une petite lanterne, avec deux montants latéraux qui supportent une petite cupule formant l'extrémité de l'instrument. Les deux montants ont des bords mousses, sauf l'un d'eux, qui est tranchant. Ce bord coupant permettra de sectionner toute la masse ou bourgeons faisant saillie dans la cavité de la curette. Si on imprime un mouvement de rotation au manche dans le sens des aiguilles d'une montre, la partie tranchante entre en action ; si on tourne l'instrument dans l'autre sens on ne produit aucune lésion de la muqueuse. Le fragment coupé reste dans la petite lanterne et est recueilli par la cupule qui forme le fond de la curette. Cette cupule est également tranchante sur ses bords, ce qui permet de s'en servir comme une simple curette pour enlever un fragment par des mouvements de va-et-vient. Cette cupule est percée d'un trou, ce qui permet de déloger le fragment engagé dans la cavité de la curette.

ENDOSCOPIE UTÉRINE. — D^r David a fait des recherches sur l'endoscopie utérine au moyen des appareils à l'éclairage interne. Il estime que l'endoscopie constitue un procédé très facile, nullement douloureux et sans aucun inconvénient pour les malades. Ce procédé permet de faire la biopsie sous le contrôle de l'œil. Au lieu d'aller au hasard, on se dirige directement vers la tumeur, dont on aura préalablement reconnu la situation exacte, la dimension, son point

d'implantation et en enlever un fragment, dont on sera sûr qu'il appartient à la zone malade.

D^r David a fait construire par M. Gentile un hystéroscope à éclairage interne qui se compose : de tubes et d'un appareil d'éclairage.

L'appareil hystéroscopique comprend : 1° un mandrin de forme cylindro-conique à extrémité arrondie, et qui porte une petite encoche à l'extrémité, qui est destinée à être introduite dans l'utérus; 2° un tube externe ouvert à ses deux extrémités de forme cylindrique et qui porte à l'une de ses extrémités, un pavillon plat destiné à s'articuler au moyen d'une encoche et d'un petit tenon avec le manche de l'instrument. Sa longueur est de 18 centimètres, son calibre est de 7 mm. 5; 3° un tube interne qui a exactement la même forme et les mêmes dimensions que le précédent à l'intérieur duquel il doit être introduit. Il n'en diffère que par son extrémité terminale : celle-ci est fermée par une glace de cristal, qui protège l'œil de l'opérateur contre le sang qui pénétrerait dans le tube et qui aveuglerait la lampe.

L'appareil d'éclairage consiste en de petites lampes minuscules montées sur de longues tiges. Un manche formé de deux portions coudées à angle droit : la portion horizontale reçoit la lampe et s'articule avec le tube hystéroscopique; la portion verticale, destinée à être tenue à la main, reçoit les fils électriques.

Pour pratiquer l'endoscopie utérine, il est nécessaire de dilater l'utérus préalablement à l'aide de bougies de Hégart ou de tiges de laminaire, en entourant cette opération de toutes les garanties et de toutes les précautions qu'on prend pour des opérations plus importantes. Il est inutile de recourir

à une anesthésie quelconque. Le tube extérieur armé de son mandrin est poussé doucement jusqu'au fond de la cavité utérine; il y pénètre et y glisse avec la plus extrême facilité. On retire alors le mandrin on le remplace par le tube interne, fermé d'une glace, que l'on pousse directement à fond. On introduit ensuite dans le tube interne la lampe tout allumée et on la pousse également à fond. On relève le tube et on examine.

La zone comprise dans le champ de l'appareil étant examinée, on explore les autres portions du fond, les cornes, les faces de l'utérus. Lorsque le suintement du sang existe, il suffit d'appliquer la glace de l'instrument contre la paroi utérine; le sang est refoulé; il en reste une couche très mince entre la muqueuse et l'instrument, mais elle devient transparente grâce à l'éclairage et ne gêne pas la vision. Après avoir découvert une tumeur d'un point de la cavité utérine, on enlève la lampe et l'on retire le tube interne, fermé.

Le tube externe ouvert reste en place, tenu de la main gauche et appliqué contre la tumeur dont on veut prélever un fragment. On réintroduit la lampe et sous le contrôle de l'œil on prélève un petit morceau dont on est sûr qu'il appartient à la zone malade. La biopsie peut-être faite avec une curette à long manche et à petite cuiller ou mieux avec une pince spéciale analogue à la pince de Kollman. C'est une longue pince à bec de canard dont la tige a une longueur de 22 centimètres de façon à pouvoir dépasser l'extrémité de tous les tubes endoscopiques et dont les deux mors sont légèrement tranchants et forment une sorte de double curette.

L'exploration endoscopique montre l'existence d'une tu-

meur pédiculée ou sessile suspecte, saignant au moindre contact, qui fait penser à un épithélioma; mais l'examen histologique peut seul donner une certitude pour décider une intervention. Le petit fragment de tumeur, qu'on enlève à l'aide de la biopsie, est soumis à l'examen microscopique.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I. — Cancer au début. Diagnostic clinique incertain (adénome probable). Biopsie permettant le diagnostic de cancer du col et opération précoce.

Mme Ch..., âgée de trente ans. Accouchement normal il y a deux ans. Début — environ six mois. Petites pertes de sang entre les règles à l'occasion des rapports sexuels. Pertes blanches sans odeur. Au toucher le col est gros. On sent sur la lèvre antérieure une irrégularité assez ferme qui saigne au contact du doigt. Au spéculum, on voit sur le versant interne de la lèvre antérieure, presque entièrement contenue dans l'orifice du col, élargi, une surface végétante qui, à la partie centrale est, pour ainsi dire, pédiculée, formant un saillie assez appréciable dans l'intérieur du col. Le reste de la plaque végétante est assez irrégulier; toute cette surface est très saignante au contact. Le diagnostic clinique le plus probable est celui des végétations adénomateuses du col. Une biopsie est faite avec la pince à l'emporte pièce de Ruault, qui détache ainsi toute la partie saillante de la végétation. La réponse de laboratoire (Champy) est l'épithélioma pavimenteux, type térébrant (25 janvier 1924). Opération est proposée et acceptée par la malade. Opération de Wertheim, 6 mars 1924 (D^r Douay). Les uretères sont faciles à disséquer. Pas de ganglions. La pièce enlevée montre

une lésion tout à fait localisée sur la partie antérieure de l'orifice du col (le plus grand diamètre n'atteint pas un centimètre). Les suites opératoires tout à fait satisfaisantes. La température ne dépasse pas 38°. Revue en juin en très bon état.

Souvent la biopsie permet d'éviter des opérations mutilantes qu'on aurait exécutées sans son secours.

OBSERVATION II. — Un cas d'adénome intracervical, simulant un cancer du col. La biopsie a permis d'éviter l'opération.

Mme C..., âgée de 50 ans, était vue par un de nos Maîtres de la gynécologie à Paris, qui diagnostique un cancer endocervical bourgeonnant.

Elle était adressée à l'Hôpital Broca, pour être opérée par M. le Professeur Faure.

Depuis un an, les règles sont irrégulières (au voisinage de ménopause). Depuis trois mois elles sont particulièrement abondantes. Les pertes de sang sont continues depuis plus d'un mois. Ce sont des pertes relativement peu abondantes, très influencées par des mouvements et traumatismes du col. A l'examen on constate un col large, orifice béant rempli par une masse bourgeonnante intracervicale, saignant avec une grande facilité au moindre attouchement. Avant de pratiquer une biopsie, on constate qu'un hystéromètre fait le tour de cette masse bourgeonnante sans rencontrer les adhérences avec la paroi endocervicale.

Ce bourgeon est en réalité un polype. Pour faire la biopsie, il suffit de saisir ce polype, de le tordre pour en faire

ablation (3 mai 1924). Ce polype a deux centimètres sur trois; il est ferme, élastique, assez peu friable. Examen laboratoire (Champy) — c'est un polype adénomateux sans dégénérescence épithéliomateuse. La malade revue, 18 juin en très bon état. Col fermé, ne saigne plus au contact. L'adénome ne s'est pas reproduit. La malade sera surveillée ultérieurement.

OBSERVATION III. — Mme D..., âgée de 63 ans. Ménopause à 49 ans. Depuis quatorze ans, après six mois sans règles, elle présente quelques pertes de sang très atténuées. Ces pertes sont devenues presque continuelles depuis neuf ans; ce sont des pertes à la fois de pus et de sang, d'odeur forte par intermittence. Elle nous est envoyée à la consultation avec le diagnostic de fibrome.

L'examen génital montre un utérus assez petit, mobile, sans lésion annexielle; le col est souple, l'orifice légèrement ouvert. L'examen avec un hystéromètre de la cavité, donne la sensation de petites irrégularités dures, un peu saignantes.

Les pertes sont formées davantage par du pus que par du sang. On pense à de la métrite sénile, étant donné la lenteur d'évolution.

Une biopsie cependant est faite dans l'intérieur de la cavité cervicale; la prise est faite avec la petite pince de J.-L. Faure.

Réponse de laboratoire : *Glandes cervicales infectées.*
Pas de cancer (4 février 1921).

Revue en juillet 1921. Les pertes persistent. L'utérus paraît plus gros qu'en février; l'hystéromètre pénètre dans la

cavité utérine à 8 cm $\frac{1}{2}$; elle saigne après cet examen. On pense à la possibilité d'un néo du corps, concomittant avec la métrite précédemment diagnostiquée et on fait une deuxième biopsie. Celle-ci est prélevée avec une petite curette dans la cavité utérine après passage de quelques bougies de Hégar. On retire très facilement des débris sphacelés; on choisit le fragment le plus volumineux qui est placé dans un tube avec liquide de Bouin et envoyé au Laboratoire.

Réponse: Carcinome du col. — La malade refuse l'opération proposée et on se décide à faire une *application de radium*. Après dilatation et lavage de la cavité à l'eau iodée avec la sonde de Bowmann on introduit dans la cavité utérine un appareil comprenant quatre tubes de radium (en totalité 75 mmg) dans un filtre unique en platine (épaisseur 1 mm 5) enveloppé dans un papier d'aluminium; le tout est placé dans un tube en pur para de 2 mm d'épaisseur.

L'appareil est laissé en place 4 jours avec ablation momentanée et lavage de la cavité après deux jours. La dose totale est de 30 millicuries détruits en 96 heures. Pendant cette application, signalons un peu de fièvre à 38°5 sans réaction douloureuse.

Suites. Revue le 7 septembre 1921. Les pertes sont arrêtées depuis 15 jours. Ce qui ne s'était pas produit depuis 14 ans. Elle ne se garnit plus et elle a grossi d'un kilo.

Etat local : le col et le fond du vagin sont un peu rouges, aucune perte par le col.

Deuxième application de radium le 22 novembre 1921. L'examen de la cavité cervicale fait saigner quelques petits bourgeons visibles derrière l'orifice cervical. Après lami-

naire, on fait comme précédemment une application endo-utérine un peu plus courte que la première. La dose reçue est de 22,5 m³ en 3 jours.

Suites. Revue en juillet 1922, un an après la première application. Retour apparent à santé parfaite. Aucune perte, la malade a beaucoup grossi. L'examen révèle un fond de vagin rétréci, le col est au fond de l'entonnoir, petit, dur et fermé. L'hystéromètre ne pénètre plus dans la cavité cervico-utérine.

Revue en janvier 1924. La malade jouit apparemment d'une excellente santé. Le D^r Douay relevant alors dans le service du P^r Faure les cas de cancer utérin traité par le radium, classe ce cas comme une suite à l'actif du radium. Elle fait partie des quatre malades en bon état sur 26 cancers du col traités en 1921. Reste une réserve cependant — l'utérus est volumineux de la grosseur du poing, arrondi et mou, donnant l'impression d'une grossesse de trois mois. Deux hypothèses nous paraissent possibles : pyométrie avec sténose du col consécutive à la rétraction cicatricielle par le radium ou récurrence dans la cavité utérine remplie actuellement de sang et de végétations néoplasiques. L'absence de fièvre et de douleurs fait plutôt pencher vers cette seconde hypothèse (Société d'Osbtétrique et Gynécologie, séance du 11 février 1924).

Revue en septembre 1924. La malade nous est envoyé de nouveau par son médecin qui pense à un fibrome. Nous constatons une tumeur volumineuse, ronde et élastique, remontant jusqu'à l'ombilic, presque indolore. Le vagin se termine en entonnoir, le col est à peine perçu. Au spéculum

il apparait dur et scléreux au fond de cet entonnoir. Etant donné ce qui a été constaté en janvier, nous pensons qu'il s'agit d'un utérus distendu par du liquide. Un hystéromètre finit par pénétrer dans la cavité du col en forçant la sténose cervicale; un flot de sang ou mieux de liquide séro-hématique sort par le col. La quantité mesurée s'est élevée à un litre et trois quarts; on prend soin de ne pas vider complètement l'utérus pour ne pas provoquer d'hémorragie.

Nous pensons que l'hypothèse émise en janvier est maintenant vérifiée; il s'agit de récidence intrautérine avec hématométrie. Mais nous n'en sommes pas sûrs.

Après huit jours de repos au lit, l'utérus a considérablement diminué; il est devenu gros comme un poing, l'orifice est facilement perméable; on passe sans peine quelques bougies de Hégar jusqu'au numéro vingt-deux.

Une biopsie est prise avec la petite curette de Douay, qui ramène facilement quelques fragments ayant l'aspect néoplasique. La même opération est faite avec l'appareil de de Nabias, qui ne ramène qu'un peu de caillot sanguin.

La réponse de laboratoire confirme cette hypothèse. On propose à la malade l'opération, qui hésite à ce sujet. En cas de refus une nouvelle application de radium sera faite.

Cette observation, très intéressante au sujet du résultat de la curiethérapie dans les cancers utérins, nous montre les difficultés et les renseignements de la biopsie. La première prise faite à côté des lésions réelles, montre la lésion de métrite et élimine à tort le diagnostic de cancer.

Malgré ce résultat la malade est surveillée; quelques mois plus tard, les pertes de sang continuant, on fait une deuxième

me biopsie; cette fois plus profonde dans la cavité cervico-utérine. La curette ramasse des débris, que l'examen histologique montre être du carcinome. Ceci prouve, que dans les cas douteux, il faut renouveler les biopsies en changeant le siège de la prise. Il ne faut pas se contenter d'un seul examen. Enfin cette observation montre qu'il ne faut pas se hâter de parler de guérison d'un cas de cancer irradié; la partie cervicale est restée cicatrisée, mais par derrière le cancer a continué son évolution. La preuve en a été donnée par la dernière biopsie positive, prise dans la cavité utérine avec la petite curette nouvellement construite par le D^r Douay.

OBSERVATION IV. — Mme D..., âgée de 50 ans; un enfant. Elle entre à l'hôpital, le 14 mars 1924, pour métrorragie après la ménopause. La malade a été réglée jusqu'à l'âge de 46 ans. La ménopause s'est passée sans ennui. Après trois ans de cessation des règles, la malade perd à nouveau un peu de sang rouge (mai 1923). Les petites métrorragies sont irrégulières, peu abondantes; elles ont la tendance à revenir de mois en mois mais avec moins de périodicité que les règles. Entre les pertes de sang, il se produit quelques pertes blanches, qui tachent le linge en jaune rosé sans aucune odeur de ces pertes.

L'examen révèle un utérus de dimension presque normale, cependant un peu gros pour un utérus après ménopause. Le col est relativement mou, l'orifice fermé. Ce col mou fait supposer qu'il y a dans la cavité utérine une masse anormale.

Diagnostic clinique est métrite polypeuse, soit cancer du corps utérin.

Curettage explorateur le 17 mars : sans anesthésie, le col est facilement dilaté avec quelques bougies de Hégar (n° 26) ; on passe facilement une curette de Wolkamann, qui ramène de suite des débris suspects. Ces débris sont placés sur une compresse ; ils sont épais, blanchâtres, friables à la pression. Il s'agit manifestement du cancer du corps. Un fragment est placé dans un tube de Bouin et envoyé au Laboratoire.

Réponse de Laboratoire : Adénome malin du corps. Opération le 24 mars (D^r Douay). Anesthésie générale au mélange de Schlurh. Laparotomie médiane sous-ombilicale. Section et ligature des pédicules utéroovariens droit et gauche. Décollement de la vessie. Section et ligature des utérines et vésicogaginaux. Section au ciseau des cul-de-sacs au ras du col. Drain vaginal, surjet vaginal, surjet péritonéal, surjet aponévrotique.

Pièce. — L'utérus sectionné montre l'existence d'une tumeur bourgeonnante dans la cavité, grosse comme un bouchon à champagne ; elle est implantée sur la paroi postérieure et remplit toute la cavité.

Suites. — Très bonnes. Ablation du drain vaginal le 5^e jour, des fils le 10^e jour. Sortie le 19^e jour sans complication. Revue le 11 septembre, en bon état.

OBSERVATION V. — Mme P..., âgée de 48 ans. Six grossesses. Elle a été soignée il y a 2 ans $\frac{1}{2}$ pour un adénome du col. A cette époque en septembre 1921, la malade se plaint des douleurs de reins, des règles irrégulières et abondantes avec caillots, pertes blanches avec filets de sang

entre les règles. On constate à cette époque un utérus gros avec salpingite gauche ancienne. Le col est gros, le centre est rouge et saigne facilement au contact. En novembre, les lésions du col se sont aggravées; l'aspect de la partie centrale est légèrement bourgeonnant, rouge, très saignant au contact avec petites ulcérations suspectes, mais souples et non indurées au toucher. On pense à de la métrite adénomateuse du col. Cependant par sûreté on fait avec la pince emporte-pièce de Ruault une biopsie.

Réponse de Laboratoire (Champy) : adénome du col. On se contente, comme traitement de faire des pointes de feu au galvanocautère et de faire des pansements picriqués à 8/00 renouvelés deux fois par semaine.

Revue en janvier 1922, très améliorée. L'état de santé se maintient passablement jusqu'au début de 1924. De nouveau la malade se plaint de douleurs lombaires, des pertes blanches avec un peu de sang, surtout manifestes après les rapprochements sexuels. Les règles sont abondantes avec caillots.

Examen le 4 juin 1924. — Un très gros col avec petites végétations suspectes très saignantes, surtout au niveau de la lèvre antérieure. A cet endroit la souplesse du col est diminuée. C'est dans cette zone particulièrement malade qu'on pratique une biopsie. On se sert d'une pince de Ruault et d'un coup on enlève pour ainsi dire toute la lésion suspecte.

Réponse du Laboratoire : Epithélioma pavimenteux. L'opération d'hystérectomie abdominale large est proposée et acceptée. Opération le 30 juin (D^r Douay). Anesthésie générale au mélange Schlurh. Laparotomie médiane sous-om-

bilicale. Les annexes malades et adhérentes sont enlevées pour faire du jour. La ligature de l'artère hypogastrique gauche est rendue très difficile par la présence d'un ganglion volumineux, gros comme la 2^e phalange du pouce. Avec décollement du ganglion on fait la ligature et on enlève ensuite le ganglion qui s'avance en avant dans la région obturatrice. A droite, la ligature est facile. Dans la dissection des uretères, on note des deux côtés une fluxiosité des uretères dans la région latéro-cervicale. L'hémostase est assez difficile malgré la ligature des hypogastriques. Le reste de l'opération se passe sans difficulté. Après suture du vagin et ablation de la pince, on fait un surjet cervico-vaginal et recto-vaginal. On retient la brèche péritonéale du ligament large. On place une petite mèche dans le vagin et par-dessus un large Mikuliz, suivant la recommandation du P^r Faure.

La pièce enlevée est très satisfaisante au point de vue de l'exérèse. Colerette vaginale large, paramètre abondant. On est frappé du peu d'étendue des lésions, qui ont été en grande partie enlevées par la pince coupante. Le gros ganglion enlevé est blanc à la coupe et manifestement envahi par néo.

Examen du Laboratoire. — Le ganglion est complètement envahi par un cancer pavimenteux tubulé. On voit par là qu'un cancer du col au début peut s'accompagner d'une adénopathie cancéreuse et on comprend combien un traitement curiethérapique aurait eu peu de chance de guérison.

Suites : tout à fait bonnes. Le 2^e jour, on retire les trois compresses placées à l'entrée du sac, le 4^e jour les deux mèches profondes. Le sac est laissé, le 6^e et le 7^e jour. Le 8^e jour on tire sur le sac, qui se détache complètement le 9^e jour.

La malade se lève le 19^e jour et sort de l'hôpital cicatrisée le 21^e jour.

Cette observation montre un épithéliome qui se développe sur une métrite adénomateuse du col. L'adénome du col est une affection bénigne, mais qu'il faut surveiller et dépister au début sa dégénérescence maligne; il faut faire une biopsie et choisir avec soin le siège des prises. C'est grâce à cette recherche, que le diagnostic a pu être porté d'une façon précoce et l'opération a été faite dès le début ce qui donne tout espoir d'obtenir une guérison durable. Revue le 16 septembre 1924, en très bon état. La cicatrice est très solide et presque linéaire.

CONCLUSIONS

- 1° Dans la lutte contre le cancer en général et spécialement contre le cancer de l'utérus la première place revient à la biopsie;
- 2° La biopsie est le seul moyen de faire précocement le diagnostic certain du cancer de l'utérus;
- 3° Faire un diagnostic précoce de cancer de l'utérus, c'est la condition essentielle pour obtenir la guérison;
- 4° Pour qu'un examen histologique puisse donner des résultats indubitables, il faut faire un bon prélèvement. Un mauvais prélèvement donne une assurance illégitime, cause de mort pour la malade;
- 5° Il est nécessaire que tout médecin comprenne l'importance de cette recherche et sache faire un bon prélèvement avant de le confier à un histologiste de carrière.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris

P. APPELL.

Vu : le Doyen,
H. ROGER.

Vu : le Président,
J.-L. FAURE.

BIBLIOGRAPHIE

- D^r J. FORESTIER. — La biopsie, indications et technique in clinique et Laboratoire, 20 octobre 1923.
- D^r R. LEVROUX. — La biopsie dans le diagnostic et pronostic. du cancer (*Journal Médical Français*, novembre 1922).
- G. ROUSSY. — La biopsie et ses applications à la pratique médico-chirurgicale (*Journal Médical Français*, juillet 1913).
- RUBENS DUVAL. — De la biopsie du col utérin suspect de cancer. (*Paris, chirurg.*, 1921, n° 1).
Biopsie et cancer, (*Paris Méd.*, 18 février 1922).
- D^r A. SIREDEY. — Le diagnostic précoce du cancer utérin (*in Clinique et Laboratoire*, 20 octobre 1923).
Utilité des biopsies pour le diagnostic précoce du cancer utérin. (*Revue Internationale de Méd. et de Chir.*, Paris).
- D^r DOUAY. — Ménorragies des jeunes filles, (*in Thérap., Gynécologiques*, 1923).
- D^r CHAMPY. — Préparation histologique extemporanée pour préciser le diagnostic au cours de l'opération, (*in Bulletin de l'Assoc. française, pour l'étude du cancer*, novembre 1923)

D^r D. WOLF. — La valeur des recherches de laborat. dans le diagnostic du cancer. (*Journal Médic. Français* juillet 1913).

D^r Ch. DAVID. — L'Endoscopie utérine, (*in annales de Gyn. et d'Obstétr.*, septembre 1908, et *in Tribune Médicale*, 13 juillet 1907.





Saumur. — Imprimerie M. CHEVALIER.



